№ 11. WARSZAWA, LISTOPAD 1930 ROK II

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

WALKA Z CHOLERĄ W ROKU 1830 W POLSCE.

(Ku uczczeniu 100-ej rocznicy Powstania Listopadowego).

Rok 1830, w którym Polska występuje zbrojnie przeciwko Rosji, i zaznacza swe prawa do życia samodzielnego, był rokiem trosk również dla narodów europejskich.

Cholera, która w r. 1817 wybuchnęła w Indjach, w r. 1829 dosięgnęła Rosji. Fakt ten zaniepokoił umysły rządów państw, które przy współudziale lekarzy poczęły obmyślać sposoby na powstrzymanie pochodu epidemji.

Wyrazicielem pewnego odłamu opinji lekarskiej był Adam Neale. lekarz angielski, który uważał, że podobnie, jak w innych chorobach zakaźnych, w cholerze odgrywa rolę Contagium animatum, przez które przenosi się ona z chorych na otoczenie. Cholera wedle tych pojęć, przenosiła się na chorych, nietylko przez rzeczy, bieliznę, ubranie, pościel, ale również i przez powietrze. Instytut francuski postanowił wysłać swych przedstawicieli do Polski i Rosji, celem zapoznania się na miejscu z postępami i przebiegiem choroby.

W działaniach jednakże rządów zaznacza się znaczna różnica wtedy, gdy francuzi uważali, że cholera Francji nie dosięgnie, gdyż warunki hygjeniczne Francji są dostateczne, aby ustrzegła się ona przed chorobą, to Niemcv, opierając się na pracy prof. Ennemosera z Bonn, zwolennika zaraźliwości cholery, postanowili otoczyć granice swoje kordonem kwarantann. Na swych granicach Austrja i Niemcy pobudowały wartownie co 3.000 kroków, a pomiędzy niemi chodziły patrole, celem ochrony granic przed przenikaniem chorych lub podejrzanych o chorobę do tych państw.

Jednakże, jak ufność francuzów w ich dobre warunki hygjeniczne, tak i ufność niemców w kordony została zawiedziona i cholera przeniknęła do tych państw. Ciekawem będzie przytoczyć tu poglądy lekarzy współczesnych na cholerę i jej zaraźliwość. Lekarze angielscy, pracujący w Indjach, uważali, że cholera nie przenosi się z chorych na zdrowych lecz, że rozprzestrzenianie się jej zależy od niezdrowych warunków miejscowości. Również do podobnych wniosków doszedł dr. Jaehnichen, lekarz niemiecki, który znajdował się podczas epidemji cholery w Moskwie. Na zasadzie licznych sekcyj, jakie dokonał na zmarłych, przyszedł on do wniosku, że niema podstaw do przypuszczenia, że cholera może przenosić się z chorych na zdrowych.

Podobnie zapatrywali się wówczas na cholerę D. Olexich, Spausta, Zhuber, wchodzący w skład komisji wysłanej przez uniwersytet Wiedeński do Rosji dla zbadania epidemji i oni donieśli w dniu 18 i 31 maja 1931, że cholera nie przenosi się z chorych na zdrowych.

W walce z cholerą, lekarze niemieccy stosowali przepisy wypróbowane w walce z innemi epidemjami w ciągu stuleci. Dużą wagę przypisywali oni oświeżeniu powietrza, dokładnemu przewietrzaniu izb, dezynfekowaniu pomieszczeń chlorkiem wapnia i t. d.

Jednakże w Niemczech nie wszyscy lekarze byli zwolennikami wojskowego kordonu, chroniącego granice. Hufeland i inni lekarze uważali, że raczej zachowanie prawideł hygjeny wystarczy dla ochrony mieszkańców.

W takim stanie rzeczy co do cholery rozwijały się walki w kampanji 1830 — 1831 r.

W okresie rozwoju cholery, na czele służby sanitarnej w Wojsku Polskiem stał sztabs-lekarz Kaczkowski. Zorganizował on wzorowo służbę zdrowia i wszędzie na zagrożonych miejscach zjawiał się osobiście, by kierować akcją. W uznaniu zasług generał Skrzynecki, jako Naczelny Wódz wtedy, kiedy Kaczkowski podawał spis lekarzy, przeznaczonych do nagrody, przypisał własnoręcznie na tej liście: „kto życiem swojem tak śmiało i zbawiennie dla Ojczyzny szafował, ten najpierwszym wpisany być tu musi“ i przyznał Kaczkowskiemu złoty krzyż zasługi.

Przy końcu marca 1831 roku, cholera zjawiła się w Zamościu, w oddziałach generała Dwernickiego. Kaczkowski powiadomiony o tem, wysyła tam natychmiast lekarzy, dla prześledzenia epidemji i przedsięwzięcia środków zaradczych. Choroba jednak pomimo zarządzeń wzrastała i były dni, że umierało do 50 chorych.

Oprócz cholery, w szpitalach wojskowych ówczesnych, wedle świadectwo Kaczkowskiego, szerzyły się i inne choroby zakaźne, z powodu których zmarło około 20 lekarzy.

Cholera w Zamościu po pewnym czasie wygasła. 10 kwietnia, kiedy po bitwie pod Iganiami w Kałuszynie zachorowało 12 żołnierzy wśród podejrzanych objawów, Kaczkowski sam osobiście udał się na miejsce, by prześledzić epidemję, robił sekcje zwłok zmarłych i na zasadzie tych badań złożył raport naczelnemu wodzowi, że w armji panuje cholera.

Wybrał on na szpital choleryczny dom P. P. Miłosiernych w Mieni. Folwark i zabudowania gospodarcze mogły ledwie pomieścić napływających chorych.

Kaczkowski był zwolennikiem urządzania szpitalów cholerycznych poza miastem, ostrzegał i nawoływał do przedsięwzięcia kroków, celem urządzenia szpitalów. Jednakże w Warszawie zlekceważono głos jego i Warszawa na przyjęcie napływających chorych cholerycznych nie była dostatecznie przygotowana.

W czasie cholery wydawał on co tydzień okólniki do podwładnych lekarzy, w których była mowa o postępie cholery w armji, oraz przepisy o zapobieganiu szerzeniu się cholery. Między innemi okólniki te zalecały dezynfekowanie powietrza w szpitalach chlorkiem wapnia.

Był okres, że na cholerę umierało w szpitalach po 100 osób dziennie, a Naczelne Dowództwo zamyślało już o zawieszeniu broni, do czego jednakże nie doszło, gdyż cholera stopniowo poczęła wygasać.

Widzimy więc, że Kaczkowski okazywał dzielną pomoc nie tylko w niesieniu pomocy rannym, ale w ochronie zdrowia żołnierza polskiego i na polu walki z chorobami zakaźnemi położył wielkie zasługi.

Ze Szpitala Ś-go Ducha. Oddział ś. p. Dr. Cz. Otto.

Podał Dr. M. PEKER, Asystent Oddziału.

PRZYCZYNKI DO ROZPOZNANIA RÓŻNICZKOWEGO DNY I GOŚĆCA STAWOWEGO.

W żadnej dziedzinie dyagnostyki różniczkowej nie spotykamy takiego zagmatwania pojęć i braku ściśle określonych definicji, jak to ma miejsce w schorzeniach stawowych wogóle, a w szczególności w stosunku do dwóch najbardziej rozpowszechnionych odmian tych schorzeń — do gośćca, potocznie zwanego reumatyzmem, oraz do dny czyli podagry lub artretyzmu.

Przyczyn takiego stanu rzeczy należy doszukiwać się przedewszystkiem w braku wiadomości ścisłych co do etjologji tych chorób, dotychczas bowiem nie został odkryty zarazek, wywołujący gościec stawowy, a co do powstawania i przebiegu dny istnieje mnóstwo hipotez i teorji, z których żadna nie rozwiązuje ostatecznie zagadnienia. Obserwacje kliniczne odnośnie do przebiegu chorób stawowych są jeszcze skąpe i do niedawna nie stanowiły przedmiotu większego zainteresowania się klinicystów.

Stan ten, jednak, bardzo dotkliwie daje się we znaki lekarzom-praktykującym, którzy w swej pracy codziennej spotykają się dość często z chorobami stawowemi, a nie posiadając nawet mniej więcej dokładnego zestawienia objawów poszczególnych form tych chorób, nie są w stanie różniczkować je.

„Nie powinno nas dziwić, powiada z tej racji F. A. Hoffman [1]), że jeden lekarz wykrywa pośród swoich pacjentów znaczną ilość chorych na dnę ,inni zaś wykrywają ich bardzo rzadko“.

Niedokładne rozpoznanie wpływa ujemnie na wynik całej kuracji. Doświadczenie bowiem przekonywa nas, że w większości przypadków niepowodzenie leczenia chorób stawowych jest właśnie skutkiem nie tyle niewłaściwego stosowania środków leczniczych, ile mylnie postawionego rozpoznania.

Wiemy wszak dobrze, że niektóre leki, skuteczne w skazie moczanowej, bardzo słabo działają przy gośćcu, a zupełnie nie okazują działania, lub nawet działają szkodliwie, naprz. przy Osteomyelitis, Sclerosis multiplex lub Polyneuritis, pomimo, że cierpienia te mają dużo cech wspólnych z dną i gośćcem.

Okoliczność ta skłania mnie do podjęcia próby różniczkowania dwóch cierpień stawowych, najczęściej spotykanych i mających wobec

---

[1]) F. A. Hoffmann. Diagnostische u. therapeutische Irrtümer u. deren Verhütung. 1927.

tego największe praktyczne znaczenie, a mianowicie gośćca i dny, przez odpowiednie zestawienie wszystkich dotychczas obserwowanych cech oraz objawów klinicznych, właściwych każdej z nich.

Trudności jakie spotykamy nieraz przy różniczkowaniu tych chorób polegają na tem, że dość często oba te schorzenia przebiegają równolegle u jednego i tego samego chorego i wtedy zadaniem lekarza jest ustalić, która z nich przeważa, aby ją przedewszystkiem leczyć.

Przystępując do różniczkowania, stale pamiętać należy, że istnieje wiele objawów chorobowych, które są wspólne dla gośćca stawowego oraz dny, jak naprz.: lokalizacja procesu chorobowego, bóle, towarzyszące tym procesom, obrzęki i zniekształcenia stawów, większe lub mniejsze ograniczenia ruchów, ciepłota i t. d..

Jeżeli opierać rozpoznanie jedynie tylko na tych, znanych każdemu lekarzowi objawach, nie przyjmując pod uwagę całego zespołu innych, nie trudno wtedy oczywiście o pomyłkę.

Dlatego też, badając chorego, należy stale pamiętać nie tylko o objawach chorobowych wspólnych obu chorobom, lecz przedewszystkiem o objawach, właściwych każdej z tych chorób oddzielnie.

Zadaniem pracy niniejszej jest właśnie zestawienie poszczególnych, najbardziej charakterystycznych objawów chorobowych, tak gośćca stawowego jak i dny, przyczem będzie tu mowa o tych tylko objawach, które są własciwe jednej z tych chorób, nie mówiąc o objawach wspólnych obu cierpieniom.

GOŚCIEC STAWOWY.

Gościec jest chorobą zakaźną sui generis, wywołaną obecnością czy to jednego swoistego zarazka, dotychczas niewyodrębnionego, czy też kilku zarazków (według S k ł o d o w s k i e g o), z których nie wszystkie są nam znane. Kwestja ta pozostaje narazie otwartą. Dna natomiast rozwija się w ustroju na tle wadliwego spalania się ciał purynowych, które ze swej strony powodują, przy sprzyjających dla siebie warunkach, nadmierne odkładanie się kwasu moczowego w tkankach.

W przebiegu gośćca chory, zazwyczaj, gorączkuje, niekiedy bardzo wysoko (do 39 — 40°C.), obficie się poci, przyczem pot cechuje się swoistą „ostrą“ wonią. Podczas napadów dny potu takiego nie obserwujemy.

Napady w gośćcu występują skokami, atakując coraz to inny staw, podczas gdy w poprzednio zajętym występuje znaczne odprężenie i złagodzenie bólów. W dnie zaś bóle, zazwyczaj, uporczywie trzymają się w raz zajętym stawie przez pewien dłuższy czas.

Napady u chorych gośćcowych charakteryzują się stanami nerwowego podniecenia lub też przeciwnie — depresją, czego nie widzimy zazwyczaj w dnie.

Proces chorobowy w przypadkach gośćca stawów zazwyczaj obejmuje jednocześnie *kilka,* symetrycznie położonych, stawów, tak dużych jak i małych; przyczem lokalizacja procesu bywa różna (w kończynach, w kręgach, w szczękach i t. d.); w przypadkach zaś dny najczęściej zaatakowanym bywa tylko *jeden* staw, wyjątkowo kilka stawów, bez zachowania jednak symetrji.

Zajęte procesem gośćcowym stawy są przeważnie obrzękłe i bolesne; skóra w odpowiednich miejscach zaczerwieniona, połyskująca i na dotyk gorąca; ruchy czynne i bierne mniej lub więcej ograniczone i bolesne. Te same objawy charakteryzują i napady dny, z tą tylko różnicą, że w ostatnim wypadku udaje się zwykle stwierdzić obecność płynu w zajętym stawie.

Zarazek gośćca, z chwilą przedostania się do krwiobiegu, krąży we krwi przez pewien przeciąg czasu, osiadając najczęściej w miejscach, stanowiących prawdopodobnie „locus minoris resistentiae“ organizmu. Serce jest tym organem, który w większości przypadków pada ofiarą zarazka gośćcowego.

Według Tałałajewa proces chorobowy lokalizuje się w sercu pierwotnie w następujących miejscach: 1) w tkance mięśniowej, okalającej naczynia krwionośne bezpośrednio pod wsierdziem; 2) w osierdziu 3) w tak zw. grudkach Aschoffa. Zmiany anatomiczne pojawiają się we wspomnianych miejscach w 3-cim — 4-ym tygodniu choroby, całkowity zaś okres trwania i zakończenie procesu przypada na 4 — 5-ty tydzień.

Zapalenie wsierdzia (Endocarditis), jak z powyższego wynika, stanowi zatem *najczęstsze* powikłanie gośćca. W wypadkach dny powikłania ze strony serca są nader rzadkie.

Okres trwania ostrego stanu w przebiegu gośćca nie przekracza zazwyczaj 4 — 5 tygodni. Wyjątek stanowią przypadki powikłane innemi infekcyjnemi schorzeniami, jak płonica, rzeżączka i t. d..

Po upływie wskazanego wyżej czasu następuje wyleczenie (w znaczeniu klinicznym) lub przejście w stan przewlekły. W wypadkach zaś dny ostry stan trwa znacznie krócej, przechodząc często w podostry; Ten ostatni stan może się utrzymywać całe miesiące.

W czasie trwania ostrego gośćca występuje jako bardzo częste powikłanie, zapalenie gardła — angina, różniąca się od zwykłej, nieżytowej anginy większą intensywnością zaczerwienienia śluzówki gardła. Francuscy autorzy zwracali już dawno uwagę na powyższy szczegół, streszczając swoje spostrzeżenie w sentencji: l'angine rhumatismale est presque toujours une angine rouge.

Bauer[1]) podkreśla również częste występowanie anginy w prze-

[1]) Bauer J. Der sogenannte Rheumatismus 1929.

biegu gośćca i przypisuje temu powikłaniu duże znaczenie z punktu widzenia praktyczno klinicznego. Jego zdaniem gośćcowe zapalenie stawów powstaje w następstwie nie anginy follicularis, lecz anginy catarrhalis oraz pharyngitis.

Anginę gośćcową określa Graeff jako Peritonsillitis rheumatica; charakteryzuje się ona czopowatem nacieczeniem w tkance łącznej migdałów (*Knötchenförmige Infiltraten).*

O ile zatem w wywiadzie, zebranym u chorego, daje się stwierdzić, iż schorzenie stawów było poprzedzone jakąś chorobą infekcyjną, a w pierwszym rzędzie anginą catarrhalis, tonsillitis, caries dentes i t. d., to już na zasadzie powyższego można przypuścić, że mamy tu do czynienia z zakażeniem gośćcowem.

U dzieci pląsawica często poprzedza gościec stawowy.

Gościec stawowy szybko i skutecznie poddaje się leczeniu preparatami salicylowemi, które to stanowią poniekąd „specificum" przy tej chorobie. W przypadkach zapalenia stawów, niejasnego pochodzenia, dodatnie wyniki ze stosowania salicylatów pozwalają (ex juvantibus) wnioskować o gośćcowem pochodzeniu choroby.

W schorzeniach dnawych salicyl i jego przetwory wywierają również wpływ dodatni, lecz w znacznie mniejszym stopniu, i rezultaty leczenia są mniej trwałe. Specyficznym natomiast lekiem dla dny jest Colchicin.

Krew u chorych gośćcowych zmian specjalnych nie wykazuje, chociaż często stwierdzić się daje wzmożoną ilość białych ciałek. Według Saxla wzmożona ilość eozynofilów przemawia za ostrym gośćcem stawowym, chociaż z objawem tym nie stale się spotykamy.

Bauer zwraca uwagę na obfite poty, często przy ostrym gośćcu obserwowane, przyczem pot posiada specyficzną kwaśną woń. Pocenie się te jakoby nie stoi w żadnym związku z wysokością ciepłoty chorego.

Według Ortnera[1]) nasilanie się bólów przy gośćcu stawowym przypada zazwyczaj na godziny ranne, przy pierwszych ruchach chorego,

---

[1]) Ortner Differentialdiagnostik innerer Krankheiten 1928.

w wypadkach zaś dny, bóle nocą bywają najintensywniejsze, a nad ranem stają się łagodniejsze.

Chorzy gośćcowi są szczególnie wrażliwi na wilgoć i na wszelkie zmiany atmosferyczne, u chorych dnawych wrażliwość taka również się spotyka, lecz w znacznie lżejszym stopniu.

DNA.

Pojęcie dny obejmuje cierpienia powstałe na tle wadliwej przemiany ciał purynowych w ustroju. Hoffman[2]), określając dnę, wychodzi z założenia, że jestto, wadliwa przemiana ciał purynowych ,rezultatem której jest nagromadzenie się we krwi (i w tkankach) kwasu moczowego pochodzenia endogennego t. j. powstałego pomimo djety bez — lub małopurynowej.

Rzętkowski[1]) twierdzi, że „jeżeli u osobnika, będącego na djecie bezpurynowej, stwierdzamy we krwi kwas moczowy w ilości, dającej się jakościowo ujawnić, to okoliczność ta stanowi pewną oznakę, że mamy do czynienia z chorym na skazę moczanową. Jest również okoliczność ta oznaką różniczkową najpewniejszą, że osobnik ten chory jest istotnie na cierpienie dnawe, nie zaś na „reumatyzm" i t. p..

Także i Ortner podaje, jako stały objaw, charakteryzujący dnę, urikemję, pomimo bezpurynowej djety oraz upośledzone wydzielanie się kwasu moczowego po djecie, obfitującej w ciała purynowe.

Burian i Schur wspólnie wykazali, że chorzy na dnę nie są w stanie wydzielić z organizmu tej ilości kwasu moczowego, jaka z pokarmami została im dostarczoną. Ostatni ten szczegół wyzyskano w celach rozpoznawczych. I tak Laqueur proponuje, w przypadkach podejrzanych na dnę, przeprowadzenie dwukrotnego badania krwi na zawartość kwasu moczowego: 1^0 — po djecie małopurynowej i 2^0 — po djecie bogatej w substancje purynowe (naprz., przez podawanie grasicy). W przypadkach, gdzie mamy do czynienia ze schorzeniami na tle gośćcowem, w obu razach poziom kwasu moczowego we krwi będzie jednakowy, przyczem naogół niski.

Umber[2]) podaje następne objawy, charakteryzujące dnę: napady bólowe występują najczęściej nocą, czemu towarzyszy silna bolesność zajętego stawu, zaczerwienienie oraz obrzęk odpowiednich miejsc i szczególna wrażliwość skóry nad porażonym stawem. Ostatni ten objaw charakteryzuje również i gościec stawowy, lecz, zdaniem Umbera, w formie o wiele łagodniejszej.

Po ustąpieniu ostrego okresu dny w odpowiednim stawie można za-

---

[2]) F. A. Hoffman. Diagnost. u. therap. Irrtümer u. deren Verhütung 1927.

[1]) Rzętkowski Kazim. Lekarz Wileński 1913 Nr. 7.

[2]) Umber. Ernahrung u. Stoffwechselkrankh. 1914.

zwyczaj stwierdzić obecność płynu. Objaw ten spotyka się tylko przy dnie.

Według Rathery i Violle[3]), typowym dla dny jest gromadzenie się soli wapnia w ustroju chorego, czego u chorych gośćcowych nie daje się zauważyć.

Gościec stawowy, jak już wyżej zaznaczyliśmy, poraża zazwyczaj kilka stawów naraz — w przypadku zaś dny zaatakowanym bywa tylko jeden.

W przypadkach przewlekłego schorzenia stawów, bez powikłań ze strony wsierdzia, najczęściej mamy do czynienia z dną, przy gośćcu bowiem, jak wiadomo, powikłania takie są nader częste.

Napady bólowe podczas dny, jak już powiedzieliśmy, występują zazwyczaj wśród nocy, bez zwiastunów, przyczem bóle lokalizują się najczęściej w paluchu lewej stopy.

Ortner odnosi do dny te wszystkie przypadki schorzeń stawowych, gdzie nasilenie się bólów przypada na godziny nocne, przyczem zrana bóle cichną.

W czasie między poszczególnemi napadami dny występują często, według Klemperera[1]) ,różnego rodzaju zaburzenia nerwowe (intervallare Symptome) oraz stany zapalne niektórych organów wewnętrznych.

Wszelkie ruchy w zajętych stawach sprawiają ból, przyczem w przypadkach gośćca nasilenie się bólu stoi w zależności od ilości ruchów. Przy dnie zaś bywa odwrotnie — w miarę wzmagania się ruchów bóle łagodnieją.

Rzętkowski przypisuje czynnikom mechanicznym, głównie pod postacią ruchu, dobroczynny wpływ na zmiany miejscowe w zajętych stawach. Wchodzą tu w grę lepsze ukrwienie, wzmaganie się sprawności i siły sąsiadujących mięśni.

Charakterystycznym dla dny objawem jest według Goldscheidera[2]), Magnusa Loewy[3]) i innych *trzeszczenie* stawów.

[3]) F. Rathery i P. Violle. Presse Medical 1928 Nr. 68.
[1]) G. Klemperer. Grundriss d. Klinischen Diagnostik. Berlin 1922.
[2]) Goldscheider. D. med. Wochenschr. 1927 Nr. 40.
[3]) Magnus Loewy. Żtschr. für Klin. Mediz. Nr. 36.

Goldscheider podaje, że u wielu z pośród obserwowanych przez siebie w przeciągu dłuższego czasu chorych na dnę, mógł on stwierdzić, jako jedyny objaw chorobowy, właśnie owo trzeszczenie stawów. Po upływie pewnego przeciągu czasu, często po upływie paru nawet lat, pojawiają się w porażonych stawach oraz okolicach — grudki (tophi) czyli złogi kwasu moczowego. Trzeszczenie stawów, zdaniem wielu klinicystów (Brugsch, Ortner, Goldscheider i inni), spowodowane jest tarciem się złogów kwasu moczowego, powstałego w stawach wskutek trwałego odkładania się soli kwasu moczowego oraz stanem zapalnym w tkankach okolicznych, wywołanym obecnością krystalicznego kwasu moczowego. Większość autorów uważa za typowe dla dny drobne i delikatne trzeszczenia stawów (feines Knistern).

Obecność grudek (tophi), zdaniem Ortnera, decyduje często o charakterze cierpienia stawowego. Najczęściej grudki kwasu moczowego spotykają się w górnej części muszli usznej między Helixem i Anthelixem, jak również w ścięgnach, a szczególnie, w ścięgnach kolanowych i okolicy spojenia krzyża (symphysis sacro-iliaca).

Przy próbnym nakłuciu „grudki" udaje się dobyć białą kaszkowatą masę, przypominającą kredę.

Według Goldscheidera, grudki dnawe są na dotyk twarde o nierównej i pagórkowatej powierzchni, łatwo przesuwalne, w przeciwieństwie do exostosis, periostitis etc. oraz włókniaków, które także mogą imitować grudki kwasu moczowego.

U chorych na gościec stawowy spotykamy również „grudki", są one jednak przeważnie niedostępne dla badań bezpośrednich, lokalizują się bowiem w sercu, pod wsierdziem (tak zw. grudki Aschoffa) i z biegiem czasu wywołują poważne zmiany w sercu. Pod skórą u chorych gościowych spotkać można niekiedy grudki, które różnią się od grudek dnawych mniejszą bolesnością na ucisk i brakiem krystalicznego kwasu moczowego (przy nakłuciu igłą).

Podczas napadu dny lub w czasie przyjmowania preparatów, rozpuszczających kwas moczowy, mocz chorych dnawych zawiera znaczne ilości osadu ceglasto-czerwonego (moczany!), przybierając zabarwienie mocno nasycone.

Charakterystycznem jest częste występowanie dny u chorych, obarczonych innemi chorobami wadliwej przemiany materji (jak, otyłość, cukrzyca, kamice różnego rodzaju i t. d.). Schorzenia stawów u ludzi, obarczonych powyższemi chorobami ,najczęściej przemawia za dną.

W przypadkach dny, jak powiedziano, preparaty salicylu nie wywierają prawie wpływu na przebieg schorzenia; natomiast specyficznie działają preparaty *Colchicum* i przetwory kwasu Fanilochinolino-karbonowego (Atofan, Libofan, Atochinol i inne). W przypadkach zatem nieustalonych pod względem rozpoznawczym, Hoffman zaleca podawanie przetwo-

rów Colchicum i zależnie od skuteczności działania leku (ex juvantibus) stawia rozpoznanie.

Typowym objawem dla chorych na dnę jest senność i ociążałość, zjawiające się zwykle zrana podczas wstawania, jak również po każdym obfitszym posiłku.

Białe plamki na paznogciach są uważane jako cenny objaw rozpoznawczy dla dny. Już w r. 1896 Huber demonstrował na zdjęciu rentgenowskim takie odkładanie się złogów kwasu moczowego u chorego na dnę w postaci owych białych plamek. Spostrzeżenie to zostało potwierdzone później przez Potain'a i Serbanesco.

Dna jest chorobą dziedziczną, zostało to stwierdzone przez wielu autorów; natomiast, co do dziedziczności gośćca opinja jest rozbieżna.

Schorzenia dnawe rodziców są zatem w dużej mierze wskaźnikami przy rozpoznawaniu schorzenia stawowego u dzieci.

Szereg autorów wskazuje, że często spotykane objawy chorobowe, jak naprz., uporczywy brak apetytu, bóle głowy, wypryski na skórze i t. d. u dzieci, obarczonych dziedzicznie dną, należy przypisać wczesnym przejawom utajonej dny.

Ebstein podaje, że uporczywe migreny wśród dzieci, szczególnie z rodziców dnawych, mają najczęściej za podłoże dnę. Do częstych objawów dny u dzieci zalicza dalej Ebstein bóle stawowe, zaburzenia żołądkowe, zawroty głowy oraz zmiany psychiczne. Często i bez powodu występujące krwawienia z nosa, szczególnie w godzinach rannych, u dzieci są, zdaniem Ebsteina, cennym objawem rozpoznawczym dla dny.

Zasadniczo jednak, dna jest chorobą wieku dojrzałego. Podkreśla to już Hippokrates w swojej sentencji: „puer podagra non laborat ante veneris usum". W starszym wieku zato dna jest chorobą częstą; większość schorzeń stawowych wieku podeszłego należy do schorzeń dnawych.

Magnus Loewy sądzi, zbyt może jednostronnie, zdaniem naszem, że każdy przypadek schorzenia stawów w wieku ponad 50 lat, szczególniej u mężczyzn, przypisać należy dnie. Pogląd Loewego podzielają też Brugsch i inni klinicyści.

Od dawna wyrobiło się przekonanie, że dna jest udziałem jedynie

sfer zamożniejszych; osób, wiodących siedzący tryb życia i pracujących umysłowo, i spotyka się częściej pośród osób, lubiących dobrze i dużo jadać, szczególnie potraw mącznych i mięsnych, oraz spożywających sporo przypraw do pokarmów (wyciągi, pożywki i t. d.). Starożytni lekarze nie bez słuszności określali dnę, jako „Morbus dominorem“ lub „Arthritis divitum“.

Choroby stawowe, występujące u kobiet w okresie przekwitania, są przeważnie pochodzenia dnawego. Zdaniem Umbera oraz wielu innych autorów, osłabienie funkcji gruczołów rodnych służy momentem, wyzwalającym dla rozwoju dny.

Przy rozpoznaniu różniczkowym dny i gośćca stawowego często decydującą rolę gra zdjęcie Rentgenowskie. W wypadkach gośćca stawowego uchwytnych zmian na kliszy zazwyczaj brak, natomiast zmiany spowodowane dną występują w takich razach bardzo wyraźnie.

CHOROBY STAWÓW I MIĘŚNI O INNEM PODŁOŻU.

Przy rozpoznawaniu chorób stawowych należy pamiętać, iż istnieje wiele schorzeń, dających podobne zespoły objawowe, jak to ma miejsce przy dnie lub gośćcu stawowym i nie mających jednak nic wspólnego z powyższemi cierpieniami.

Do rzędu takich cierpień zaliczyć należy :

1. Sclerosis multiplex (Rozsiane stwardnienie rdzenia).
2. Osteomyelitis (Zapalenie mlecza kostnego).
3. Tabes dorsalis (Wiąd rdzenia).
4. Syringomyelitis (Jamistość rdzenia).
5. Osteomalacia (Rozmiękczenie kości).
6. Myasthenia (Osłabienie z zanikiem mięśni).
7. Polyneuritis (Zapalenie nerwów).
8. Varices (Żylaki).
9. Leucaemia (Białaczka).
10. Gonorrhoea (Rzeżączka).
11. Tuberculosis (Gruźlica).
12. Lues (Kiła).

Wszystkie te cierpienia przebiegają zazwyczaj z bólami, zlokalizowanemi w jednym lub więcej stawach, z podwyższoną ciepłotą ,ograniczeniem ruchów i t. d. i traktowane są wobec tego przez czas dłuższy jako cierpienie gośćcowe lub dnawe i dopiero dłuższa obserwacja i bezskuteczność dotychczasowej kuracji naprowadzają lekarza najczęściej na właściwą drogę.

Podaję tu zatem w streszczeniu te punkty wytyczne, któremi kierować się winien lekarz przy stawianiu rozpoznania różniczkowego.

W przypadkach *Sclerosis multiplex* występują zazwyczaj b. wcze-

śnie: bolesne parestezje kończyn, brak odruchów powłok brzusznych (Bauchdeckenreflex) przy równocześnie wzmożonych odruchach ścięgnistych (Sehnenreflex), w późniejszym okresie występują częste bóle i zawroty głowy, osłabienie wzroku i upośledzenie czynności pęcherza moczowego.

Osteomyelitis odróżnia się tem, że bóle przy tym schorzeniu wzmagają się podczas ruchu, w dnie zaś bywa przeciwnie — podczas ruchu bóle zwykle zmniejszają się. Pamiętać należy, że przy *Osteomyelitis* proces chorobowy lokalizuje się nie w stawie, lecz w kości, w pobliżu stawu. Nieznaczny ruch lub lekkie uderzenie po kości, nawet w pewnym oddaleniu od bolącego miejsca, wywołuje znaczną bolesność.

W dalszym przebiegu cierpienia przy *Osteomyelitis,* pojawiają się: zaczerwienienie skóry w odpowiednich miejscach wraz z obrzękami, przyczem te ostatnie występują pozastawowo. Wysoka ciepłota, dreszcze i bóle poprzedzają zazwyczaj pojawienie się powyższych objawów.

W przypadkach dny objawy podmiotowe oraz przedmiotowe występują jednocześnie.

Tabes. Zajęcie stawów przy tem cierpieniu występuje przeważnie nagle i niespodziewanie. Obrzęki stawowe sięgają daleko poza granice zajętego stawu. Bolesność w stawie zazwyczaj nieznaczna. Charakterystyczną dla *tabesu* jest lokalizacja porażeń stawowych; występują one przedewszystkiem w kończynach dolnych, w pierwszym rzędzie w stawach kolanowych, potem skokowych, a następnie biodrowych. Dalej proces przerzuca się i na stawy barkowe. W jeszcze późniejszym okresie schorzenia występują często objawy porażenia rdzenia kręgowego *(Rückenmarkerkrankungen)* w postaci opasających bóli, osłabienia lub zniesienia odruchów ze źrenic i gałek ocznych oraz odruchów ścięgnistych, które to występują najczęściej z niejednakowym natężeniem.

Prócz tego przy tabes dorsalis występują t. zw. pasy znieczuleń (anästhetische Zonen).

Syringomyelitis. Charakterystycznym dla tej choroby jest zanik czucia bólu i ciepłoty przy zachowanym czuciu dotyku. Bóle stawowe występują tu najczęściej w stawach barkowych i łokciowych (w czem różni się od tabesu!).

Stopniowy zanik mięśni; obrzęki w okolicy stawów nadgarstkowych; bolesne zastrzały (panaritium); skrzywienie kręgosłupa (Skoliosis); spastyczne niedowłady kończyn dolnych są dalszemi przejawami schorzenia.

Przy *Osteomalacji* mamy do czynienia przedewszystkiem z nadmierną giętkością i miękkością zajętych kości kończyn i żeber. Kręgosłup ulega skrzywieniu (wygięciu), wskutek czego wzrost dotkniętego cierpieniem osobnika ulega zmniejszeniu. Poza powyższemi objawami przy Osteomacji spotyka się zniekształcenie mostka, dolnych kończyn i miednicy; utrudnione ruchy kończyn, wzmożone odruchy z kolan, znaczna bolesność kości na ucisk i opukiwanie (szczególnie kręgów i klatki piersiowej).

Myasthenia charakteryzuje się znacznym osłabieniem siły mięśniowej w kończynach górnych i dolnych. Według nowszych badań choroba ta występuje jako sprawa wtórna wskutek schorzenia gruczołu tarczycowego, ewent. komórek nabłonkowatych.

Polyneuritis. W tym schorzeniu wcześnie występują zaburzenia czucia i ruchu oraz objawy niedowładu (Paraesthesia).

Varices oraz zapalenie żył (Phlebitis i Phlebektasia) wywołują często znaczne obrzęki na kończynach dolnych w okolicy stawów skokowych. Przy dłuższym staniu bóle i obrzęki kończyn dolnych wzmagają się; występuje bolesność uciskowa wzdłuż żyły. Na kończynach takich chorych można stwierdzić obecność licznych żył rozszerzonych i nieco nabrzmiałych oraz objawy niedowładu (Paraesthesia).

Leucaemia acuta przebiega często z bólami i obrzękami stawów, podwyższoną ciepłotą, dreszczami i bólami gardła (obrzęki migdałów i gruczołów chłonnych). W dalszym przebiegu schorzenia brzękną wszystkie gruczoły chłonne; udaje się stwierdzić powiększenie śledziony (duża i twarda), występują krwawienia (Haemorrhagia). Morfologiczne badanie krwi ostatecznie wykrywa naturę schorzenia.

Gonorrhoea. Rzeżączkowe porażenie obejmuje zazwyczaj jeden staw, najczęściej kolanowy. Charakterystycznym dla tego cierpienia jest niestosunek między objawami podmiotowemi: przy temperaturze zazwyczaj niewysokiej, chory skarży się na gwałtowne bóle w zajętym stawie. Przetwory salicylowe nie wywierają żadnego wpływu na przebieg cierpienia; natomiast specyficzna kuracja szczepionkami gonokokkowemi

daje szybki i pewny rezultat. Rzeżączkowe zapalenie stawów przybiera niekiedy jednak nietypowy przebieg, przypominający gościec stawowy, z wysoką ciepłotą i zajęciem kilku stawów.

Dla różniczkowania w tym wypadku pomiędzy gośćcowem a rzeżączkowem zapaleniem stawu należy uwzględnić, że przy gośćcu stawowym proces chorobowy obejmuje coraz to inny staw, przyczem objawy zapalne w poprzednio zajętych stawach przycichają, przy rzeżączce zaś — zajęcie każdego nowego stawu nie wpływa na stan poprzednio zajętych.

Obrzęki w przypadkach gonorrhoea sięgają daleko poza granice zajętego stawu; w mięśniach, sąsiadujących z zajętym stawem, wcześnie rozwijają się zaniki, w samym zaś stawie — ankylozy. W przebiegu cierpienia chorzy gorączkują nie wysoko.

Przy próbnym nakłuciu stawu, w przypadkach rzeżączkowego zajęcia stawu, w wysiękowym płynie odnajdujemy dość dużo wielojędrzastych leukocytów oraz gonokokki.

Gruźlica. W przypadkach gruźliczego porażenia stawów zazwyczaj mamy do czynienia z osobnikiem gruźliczym, u którego to często udaje się stwierdzić obecność pierwotnego ogniska (w płucach). Chory tego rodzaju żywo reaguje na wszelkie przetwory tuberkulinowe (szczepionki Cutivaccin'y Paula, Pondorfa lub zwykła tuberkuliczna), których stosowanie wywołuje znaczne obostrzenie się procesu chorobowego (odczyn ogólny w postaci obrzęków, podniesienie się ciepłoty, wzmożenie bólów i t. d.).

Zgrubienie stawów międzypaliczkowych w postaci wrzecionowatej (Spindelförmig) występują przy gruźlicy stawowej pojedyńczo, w gośćcu zaś w kilku palcach jednocześnie.

Lues. Kiłowe zapalenie stawów występuje w II-im okresie cierpienia (lues II) i powoduje często bolesne obrzęki z miejscowym zaczerwienieniem skóry w zaatakowanych stawach. Ortner podaje jako objaw stale towarzyszący kile stawowej, w późniejszych okresach kiły, obrzęk śledziony, o ile oczywiście wykluczyć obecność u chorego sepsy.

Gluziński zaś uważa za charakterystyczne dla tej choroby zespół śledzionowo-wątrobowy.

Dla szybkiej orjentacji podaję tu krótkie tylko zestawienie najbardziej ważnych objawów.

Wyszczególnienie powyższe jest, jak zaznaczyłem na wstępie, krótkiem schematycznem zestawieniem najbardziej charakterystycznych objawów chorobowych gośćca i dny i ma na celu dać lekarzom-praktykom pewne wytyczne w rozpoznawaniu powyższych chorób.

Praca niniejsza, rzecz jasna, nie wyczerpuje całokształtu zagadnienia; przyczyni się jednak, być może, w pewnym stopniu chociażby, do bardziej krytycznego traktowania powyższych chorób.

Zestawienie orjentacyjne najbardziej charakterystycznych objawów schorzeń stawowych.

	bóle	ciepłota	obrzęki		ruchy stawowe	lokalizacja choroby	odruchy	UWAGI:
			jedno stawowe	wielo stawowe				
Gościec	++	+	+	+	bolesne	kilka symetr. stawów	bez zmian	Oral sepsis Endocarditis. Skuteczne leczenie Salicylatami
Dna	++ gł. w nocy	+	+	+	"	jeden staw	"	Nadmiar kwasu moczowego we krwi Tophi. Bóle w paluchu. Białe plamki na paznogciach. Starszy wiek.
Sclerosis multiplex	+	—	—	—	"	staw i mięśni	ścięgn ++ powł. brzucha brak.	
Osteomyelitis	+ podczas ruchu	+	+	+	"	w kości	—	Uderzenie po kości — bolesne
Tabes dorsalis	+—	+—	+ sięga daleko poza stawem	—	"	przedewsz. kończyny dolne	—	R-Wa dodatnia
Syringomyelitis	+—	+—	"	—	"	przedewsz. kończyny górne kości	—	R-Wa dod. Zanik czucia bólu i ciepłoty
Osteomalacie	++ na ucisk	—	—	—	"	w kościach	wzmoż.	giętkość i miękkość kości
Myasthenia	+	—	+—	—	—	mięśnie	—	Thyreodismus
Polyneuritis	+	+—	—	+	bolesne	nerwy	wzmoż.	Zaburzenie czucia i ruchu
Leucaemia	++	+	—	++	—	gruczoły chłonne	bez zmian	Obrzęk. wszystkich gruczołów; badanie morfol. krwi.
Varices	+	—	++	—	bolesne	żyły	"	bolesność uciskowa wzdłuż żyły
Gonorrhoea	++	+—	+	—	"	staw	wzmoż.	W wysięk. płynie zajętego stawu przy nakłuciu wielojądrzaste leukocyty oraz gonokokki
Tuberculosis	+	+	+—	—	"	"	bez zmian	Żywo reaguje na przetwory tuberkulinowe.
Lues	+	+	+	+	"	"	"	R-Wa dodatnia.



Ś. P. DOKTÓR MEDYCYNY CZESŁAW OTTO.

(Wspomnienie pośmiertne).

Ś. p. Dr. med. Czesław Otto uordził się w 1869 roku w ziemi Łęczyckiej z ojca ś. p. Hipolita i matki Matyłdy z Lewandowskich. Po ukończeniu gimnazjum w Kaliszu wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył w 1896 roku.

Po ukończeniu studjów lekarskich praktykował jako lekarz zdrojowy w Busku.

Po kilku latach praktyki w Busku osiada on na stałe w Warszawie i pracuje w klinice chorób wewnętrznych, oraz w uniwersyteckim Zakładzie Anatomji patologicznej pod kierunkiem ś. p. Prof. Edwarda Przewoskiego. Widzimy więc, że w zaraniu swej pracy lekarskiej ś. p. Dr. Czesław Otto poszukuje poważnych podstaw naukowych, opierając się na studjowaniu anatomji patologicznej i kliniki. Na tych to podstawach opierał się on przez całe życie jako dzielny klinicysta i wzięty lekarz praktyk warszawski.

Poważne studja anatomopatologiczne i obserwacja kliniczna stworzyły zeń światłego kierownika oddziału, przewodnika młodych lekarzy, którzy chętnie garnęli się na jego oddział.

W 1902 roku ukazuje się praca ś. p. Dr Otto „O znaczeniu kryoskopji w chorobach serca i nerek“. Jest to praca oparta na obfitym materjale klinicznym. Autor czyni w niej wiele trafnych uwag osobistych, odnoszących się jak do samego sposobu badań, tak i do wniosków djagnostycznych i prognostycznych.

S. p. Dr. Otto, klinicysta, wsparty na doświadczeniu kliniki i anatomji patologicznej był społecznikiem, co odbiło się w jego pracach naukowych, w których dominujące miejsce zajmują badania nad alkoholem i nikotyną.

W pracach tych ucieka się On do eksperymentu na zwierzętach i przeprowadza dokładne badania zmian histopatologicznych w narządach.

Dr. Otto swe obserwacje kliniczne pogłębiał studjami patologoanatomicznemi i doświadczalnemi. Przez długie lata zajmuje się on pracą nad miażdżycą tętnic u ludzi i przeprowadza liczne doświadczenia na zwierzętach, ogłasza liczne prace histopatologiczne z obserwacji tego cierpienia, czynione na zwłokach ludzkich. Wynikiem tej pracy są liczne artykuły w czasopismach i odczyty, wygłaszane w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem.

Dzięki wyżej wspomnianym długoletnim studjom ś. p. Dr. Otto pisze liczne artykuły w czasopismach lekarskich, odnoszące się do innych dziedzin klinicznych. Dominujące miejsce w tych pracach zajmują zagadnienia gruźlicy i kiły.

Oprócz tych prac ś. p. Dr. Otto prowadzi oddział w szpitalu Św. Ducha, gdzie został ordynatorem w 1913 roku, bierze czynny udział w demonstracjach klinicznych i zabiera głos na licznych posiedzeniach lekarskich.

Z oddziału ś. p. Dr. Otto wyszedł cały szereg prac, pisanych przez asystentów. Młodszym kolegom ś. p. Dr. Otto stale w pracach pomagał, nie skąpił swych światłych rad i stwarzał dogodne warunki do pracy.

Jako człowiek był jednostką o wysokiej wartości moralnej. W życiu kierował się trwałemi zasadami etyki. Był gorącym patrjotą. Wiele wymagający od siebie, był w stosunku do innych pobłażliwym i wyrozumiałym. Jako lekarz, był dla chorych współczującym, dobrym i światłym opiekunem.

W cierpieniu wykazał hart ducha, znosił go ze zrozumieniem istoty i ze spokojem, jak na lekarza przystało.

Zasnął snem wiecznym 2 listopada r. b.

Cześć Jego zacnej pamięci!

SPIS GŁÓWNIEJSZYCH PRAC Ś. P. D-RA OTTO:

1) Kryoskopja i jej zastosowanie w chorobach serca i nerek. Kronika Lekarska 1902.

2) Odczyt o komórkach plazmatycznych. Pam. Tow. Lek. Z. IV. 1906 r. Str. 920.

3) Pierwsze objawy porażenia układu nerwowego przez syfilis. Przegląd chorób skórnych i wenerycznych. 1907 r.

4) Zmiany anatomopatologiczne w kiszkach i gruczołach krezkowych w tyfusie brzusznym. Pam. Tow. Lek. 1908. Str. 163—364—531.

5) Stosunek arterjosklerozy doświadczalnej do arterjosklerozy u ludzi. Pam. Tow. Lek. 1908. Str. 609.

6) Odruch świetlny źrenic przy syfilisie. Pam. Tow. Lek. 1907. Str. 448.

7) Przypadek gangreny kończyny górnej wskutek endoarteritis obliterans luetica. Pam. Tow. Lek. 1907. Str. 162.

8) Zmiany syfilityczne w naczyniach z następczą gangreną. Przegl. chorób skórnych i wenerycznych. 1907. Str. 133.

9) Zmiany anatomopatologiczne w blaszkach i gruczołach krezkowych po tyfusie. Pam. Tow. Lek. 1906. Str. 76.

10) Przypadek gruźlicy płuc z wylewem krwi do mózgu. Gazeta Lekarska. 1907. Str. 1157 i 1181.

11) Arterjoskleroza u ludzi i jej stosunek do arterjosklerozy u zwierząt. Pam. Tow. Lek. 1909. Str. 73.

12) Wpływ nikotyny na alkaliczność krwi. Pam. Tow. Lek. 1909. Str. 73.

13) Zmiany anatomopatologiczne w sercu pod wpływem nikotyny. Medycyna Nr. 94.

14) Wpływ nikotyny na alkaliczność krwi. Medycyna 1910. Str. 120—145.

15) Wpływ nikotyny na serce. Pam. Tow. Lek. 1910. Str. 406.

16) Obecność ciał wiążących komplement w plwocinie gruźliczej (wspólnie z Karwackim). Gazeta Lekarska 1911. Str. 813.

17) O zabójczem działaniu alkoholu na narządy wewnętrzne. Zdrowie 1912. Str. 232.

18) Zmiany anatomiczne w sercu w ostrem i przewlekłem zatruciu alkoholem. Medycyna 1913. Str. 775 — 781 — 797.

19) O ujemnym wpływie palenia tytoniu. Zdrowie 1916.

W 1929 r. w Nr. 1 Therapia Nova ś. p. Dr. Otto zamieścił cenny artykuł djagnostyczny: „O zjawiskach osłuchowych i ich znaczeniu prognostycznem w chorobach serca".

Dr. A. Krasuski.

MOWA, WYGŁOSZONA NA POGRZEBIE Ś. P. D-ra OTTO przez D-ra KRASUSKIEGO, DŁUGOLETNIEGO ASYSTENTA ODDZIAŁU.

Stoimy nad trumną, zawierającą doczesne szczątki naszego przewodnika, naszego szefa-przyjaciela.

Ś. p. Dr. Otto był lekarzem praktykiem, ukochał on dewizę Divinum opus sedare dolorem — koić cierpienia bliźniego, to spełniać posłannictwo Boże.

Służył tej zasadzie, przez całe życie swoje, koił cierpienia wielu, wielu chorych. Po ukończeniu studjów lekarskich rozpoczyna praktykę

jako lekarz zdrojowy w Busku, lecz zajęcie to nie mogło zaspokoić jego żywego umysłu, poszukującego szerszych horyzontów, udaje się więc do Warszawy, gdzie pracuje na klinice Uniwersyteckiej i w pracowni anatomopatologicznej pod kierunkiem ś. p. prof. Przeworskiego. Pomimo, iż miał duże zamiłowanie do pracy naukowej i do końca życia lubił o niej wspominać, to jednakże został lekarzem praktykiem, szedł spełniać bezpośrednie powołanie zawodu. Wiedzę swą opierał na trwałych podstawach, nie gonił za błyskotliwością, ale wszędzie poszukiwał szczerej prawdy. W 1913 roku zostaje ordynatorem oddziału w szpitalu Ś-go Ducha.

Rozpoczyna drugi okres swej działalności jako kierownik młodych lekarzy.

Obowiązkowy, żywy, pełen inicjatywy, kochający naukę, pracował do ostatnich chwil swego życia wytrwale.

Wymagający wiele od siebie, był dla swych podwładnych pobłażliwym, życzliwym szefem.

Doskonały lekarz, był głębokim i wyrozumiałym znawcą duszy ludzkiej.

Jako kierownik oddziału nie zasklepiał się w utartych rutyną formach, lecz poszukiwał nowych dróg, inicjatywie kolegów dawał posłuch, stwarzał warunki do pracy.

Był człowiekiem gorącego serca, trwałych zasad, dużej odwagi cywilnej i wytrwałości, patrjotą dobrym. Zasad swych bronił z zapałem — niezłomnie w nie wierzył.

Hart swego ducha wykazał w cierpieniu, przyjmował ciosy ze spokojem, z rezygnacją, jak na lekarza przystało — nie załamał się.

Cześć Ci więc Przewodniku nasz! Dziś żegnamy Cię na wieczną wędrówkę, żegnamy Cię szczerym żalem, niech Ci ta ziemia, którą tak kochałeś, lekką będzie, a bądź pewien, że swem życiem i szlachetnem swem sercem, wystawiłeś sobie wiecznie trwały pomnik w sercach Twych współpracowników i chorych!

DOKĄD POSYŁAĆ CHORYCH NA LECZENIE KĄPIELOWE ZIMĄ?

Na to ciekawe i ważne zagadnienie dał nam odpowiedź w swym odczycie, wygłoszonym w dniu 15 listopada r. b. dr. Wiktor Proszowski.

Odczyt d-ra Proszowskiego był jednym z odczytów, należących do serji urządzanych przez związek zdrojowisk i uzdrowisk polskich.

Odczyt był tym cenniejszy, że wygłosił go lekarz-praktyk, który od wielu lat praktykuje w Truskawcu, jako lekarz zdrojowiskowy.

Wiedza teoretyczna, oraz rozległe doświadczenie osobiste prelegenta, złożyły się na danie ciekawego obrazu wartości leczniczej Truskawca.

W poniższem podzielę się z czytelnikami garścią wrażeń z tego ciekawego odczytu.

Truskawiec jest to doskonale po europejsku urządzone uzdrowisko. W zabudowaniach, przeznaczonych dla kuracjuszy, może znaleźć pomieszczenie 5.000 osób. Miejscowość jest położona 400 metrów nad poziomem morza. Wiatrów silnych tam niema, opady atmosferyczne są nieznaczne i zrozumiałem się staje, że te warunki klimatyczne przyczyniają się do pięknej pogody.



Okolice Truskawca obfitują w lasy szpilkowe oraz w obfite złoża soli glauberskiej i kuchennej, zasilające staw z wysyconą wodą solankową. Zarząd zdrojowiska nad stawem tym urządził sztuczną plażę, z której latem korzysta wielu kuracjuszów, potrzebujących kąpieli powietrzno-słonecznych oraz kąpieli zimnych.

Wody mineralne Truskawca są bardzo różnorodne.

Źródła Edwarda, Anny i Emanuela dostarczają wód siarczanych. Wody te obfitują w siarkany sodu i wapnia i zawierają do 80 mlgr. siarkowodoru w litrze.

Źródła Ferdynanda i Katarzyny dostarczają wód solankowych, używanych do kąpieli. Oprócz tego Truskawiec posiada doskonałą wybitnie żelazistą borowinę, stosowaną tu do kąpieli i okładów.

Kąpiele siarczane stosuje się tu w neuralgjach, reumatyzmie, podagrze, w sprawach kiłowych, skórnych i t. d.

Kąpiele solankowe znajdują zastosowanie w sprawach pozapalnych błon surowiczych, w schorzeniach serca, pogośćcowych i t. d.

Kąpiele i okłady borowinowe mają zastosowanie przy schorzeniach wątroby i nerek.

Co się tyczy wód do picia, to zakład posiada grupę solankową (źródło Marji, Bronisława), oraz naftusię, zawierającą pewną ilość soli wapniowych.

Dzięki tym wodom, możliwe jest w Truskawcu leczenie chorób żołądka, przemiany materji i nadciśnienia tętniczego.

Musimy dodać, że w zakładzie czynne jest inhalatorjum, prowadzone przez lekarza specjalistę-laryngologa.

Oprócz tego zakład leczniczy wyposażony jest w najnowsze aparaty rentgenologiczne i urządzenia z zakresu terapji fizykalnej.

W Truskawcu wprowadzono sezon zimowy, który trwa od 1 grudnia do 1 marca.

Opis środków leczniczych, jakiemi rozporządza Truskawiec i dobór lekarzy ordynujących, czyni to uzdrowisko bardzo odpowiedniem dla licznych chorych, wymagających w okresie zimowym leczenia bolneologicznego.

W sezonie zimowym Truskawiec posiada ciepłą czytelnię i klub, w którym skupia się ruch towarzyski.

Liczne pisma codzienne i tygodniki, oraz bogato zaopatrzona bibljoteka dostarczają strawy duchowej.

Nowoczesne radjo przynosi muzykę i najświeższe wiadomości ze świata.

Wyborowa orkiestra, liczne gry towarzyskie i starannie urządzony zakład cieszą się dużem powodzeniem.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

JOHANN HOFHAUSER. *O znieczulającem działaniu perkainy.* Orvoskeüzes, 1929, rocznik XIX, str. 89 — 93.

Autor, jako asystent II kliniki chirurgicznej Królewsko-Węgierskiego Uniwersytetu w Budapeszcie, stosował w przeszło 300 przypadkach perkainę dla znieczulenia nasiękowego, używając 0,05 — 0,1 grm. dla znieczulenia przewodniczego w 0,2% roztworze z dodatkiem 12 kropli tonogenu (1:1000) na 1000 ccm. Z czasem zmniejszono tę ilość do 4 — 5 kropli. Przeciętnie już po 10 minutach po zastosowaniu następowało zupełne znieczulenie. Rana operacyjna goiła się normalnie, z wyjątkiem ukośnie przebiagjących nacięć pachwinowych (zupełnie tak, jak po stosowaniu nawokainy). W 18,5% takich nacięć pachwinowych obserwowano występowanie martwin skóry, rozprzestrzeniające się na całą powierzchnię, czego nigdy nie zauważono w innych zabiegach. Martwiny te, autor przypisuje adrenalinie i z tego powodu z czasem stopniowo zmniejszał ilość tego środka, potem już nigdy więcej nie zauważył tego ubocznego objawu. Krwawienie w polu operacyjnem, z wyjątkiem 2 przypadków, zawsze bywało umiarkowane. Nigdy nie zauważono szkodliwych następstw pooperacyjnych, jakie by można przypisać perkainie.

Sprawa tyczyła się 47-letniej, słabo rozwiniętej i źle odżywianej chorej, która była poddana operacji z powodu obustronnego — wola. Do znieczulenia przygotowano 100 ccm. roztworu 1 pro mille perkainy, do którego dodano 12 kropli tonogenu. W kilka godzin po operacji wystąpiły skurcze w mięśniach lewego ramienia i przedramienia. Stan ten i w następnym dniu po operacji powtarzał się napadowo kilka razy dziennie. Następnie objawy te zmniejszyły się i nastąpiło prawidłowe zagojenie. Chora od tego czasu czuje się zupełnie dobrze. Dla objaśnienia tego przypadku należy przyjąć pod uwagę, że niezawodnie przy znieczulaniu, pomimo wielkiej ostrożności, pewna część roztworu perkainy dostała się do krwiobiegu. Oprócz tego przypadku nigdy nie zauważono jakichbądź objawów zatrucia lub innych niepożądanych, nawet nieznacznych następstw.

Wyniki swe autor podaje w następującej tablicy.

RODZAJ OPERACJI	Zupełne znieczulenie	Liczba przypadków	Uśpienie	Bólów pooperacyjnych nie było	Wystąpienie bólów pooperacyjnych, przeciętnie po upływie
Rezekcja żołądka	1	—	1	—	w 10 godzin
Wycięcie pęcherzyka żółciowego	1	1	—	—	36 „
Perf. ventriculi	2	1	1	2	— „
Gastro-entero-anast.	3	3	—	2	23 „
Gastrotomia	4	4	—	—	5 „
Ileo-colotomia	3	1	2	2	16 „
Laparatomja	1	1	—	1	— „
Herniotomja	5	3	2	1	8 „
Wole	9	9	—	4	21 „
Ostre zapal. wyrostka . . .	17	7	10	7	18 „
Przewl. „ „	30	21	9	8	11 „
Przepukl. uwięz.	3	3	—	1	24 „
Hernia, hydrovaricocele . .	44	42	2	17	10 „
Sectio alta	3	3	—	2	24 „
Op. endovesicalis	3	3	—	3	— „
Op. endouretr.	2	2	—	2	— „
Phimosis	1	1	—	1	— „
Tonsillectomia	15	15	—	2	3 „
Resectio septi	3	3	—	2	6 „
Denker	1	1	—	—	24 „
Nodus	12	12	—	4	8 „
Rezekcja żeber	3	2	1	1	14 „
Różne operacje	34	34	—	11	5 „
Razem . . .	200	172	28	73	16 „ przeciętnie.

Z tego zestawienia wynika, że z 200 przypadków w 172 (86%) znieczulenie było zupełne i że tylko w 28 przypadkach trzeba było przystępować do przejściowgeo uśpienia. W tych przypadkach sprawa tyczyła się prawie bez wyjątku ciężkich przypadków schorzeń brzusznych.

Zaletę perkainy, wyrażającą się w znakomitem działaniu także przy znieczulaniu powierzchni, mieliśmy sposobność obserwować w kilku przypadkach na otrzewnej, którą pendzlowano roztworem 1 pro mille perkainy. Nadzwyczaj bolesne uczucie nacisku, jakie zwykle powstaje przy szarpaniu trzewi, w ten sposób zupełnie zostało usunięte. U jednego z chorych, dzięki temu zabiegowi, zbędnem było znieczulenie trzewi przy wycięciu woreczka żółciowego, a w dwóch przypadkach przy nadłonowem cięciu odbyło się bez znieczulenia krzyżowego i przykrzyżowego.

Rotwory 1 pro mille stosowano z znakomitym skutkiem w bolesnych zabiegach wewnątrz moczowodu i w pęcherzu. Nawet w gruźlicy pęchrzerza, w celu zwiększenia, wynoszącej zaledwie kilka ccm., pojemności, nie zawiodła perkaina. U chorego w starczym wieku z przerostem

stercza udało się na całą noc sprowadzić zniknięcie nieznośnych bólów pęcherza, przepłukawszy pęcherz roztworem 1 pro mille perkainy.

Bez ubocznych wpływów osiągnięto zupełnie dostateczne znieczulenie żuchwowe za pomocą roztworu 2 pro mille perkainy.

Na szczególną uwagę zasługuje długotrwałe, znieczulające działanie perkainy. Po wszystkich dotąd używanych środkach znieczulających miejscowo, niebolesność trwała najwyżej przez kilka godzin, poczem zawsze następowały trwające 1 — 2 doby silne bóle, które trzeba było traktować morfiną lub innym temu podobnym energicznym środkiem. Z powyższej tabeli wynika, że z 200 chorych, 73 wogóle nie miało żadnych bólów pooperacyjnych (36,5%). U pozostałych 127 chorych bóle występowały dopiero po średnio 16 godzinach i niezależnie od słabszego natężenia trwały tylko przez kilka godzin.

Ogromna wartość długotrwałego znieczulenia po operacjach w brzuchu polega na tem, że bóle nie wpływają na peristaltykę; tłocznia brzucha może swobodnie działać i nienaruszona ruchliwość przepony pozwala na przewietrzanie płuc i na najlepsze warunki wyksztuszania.

W ten sposób staje się zrozumiałem, dlaczego długotrwałemu znieczulaniu perkainy przypisać należy, że obawa o pooperacyjne zapalenie płuc mniejsza jest u chorych z podwyższoną wrażliwością i psychiczną podniecalnością. Zaletą perkainy jest również jej działanie bakterjobójcze. Nie jest ono tak wyraźne, jak przy pokrewnej wucynie, bezwątpienia jednak zostało dowiedzionem, że perkaina już w bardzo słabem stężeniu roztworów powstrzymuje rozwój bakteryj. Z tego powodu niema obawy o przeniesienie zakażenia w sprawach ropiejących, jak naprz. w zastrzale lub ropiejących zapaleniach sutka.

Z własności odkażającej perkainy i powierzchownego znieczulania korzystano przy leczeniu ran zanieczyszczonych i swędzących wyprysków, mianowicie, pod postacią 0,5 — 1% maści. W leczeniu nadzwyczaj bolesnych oparzelin perkainą, często unikaliśmy potrzeby zastrzyków morfiny.

Podług autora, perkaina posiada wszystkie własności wymagane od środka znieczulającego, a prócz tego również i do pewnego stopnia własności odkażające. Przyjmując dane o stosunku dawki działającej do toksycznej, jako współczynnik niebezpieczeństwa, to pod tym względem perkaina w dwójnasób przewyższa kokainę.

Przy dokonywaniu znieczulania, a szczególniej w pobliżu wielkich naczyń, naprz. na szyi (wole) lub tam, gdzie wskutek zabliźnienia zmieniły się stosunki anatomiczne, należy dokładnie baczyć na przepisy dla zapobieżenia przedostania się środka znieczulającego miejscowo do krwiobiegu. Stosowano w 300 przypadkach średnio po 0,07 — 0,09 grm., a najwyżej 0,14 grm. perkainy. Nigdy nie zachodziła potrzeba stosowa-

nia większej ilości. U wybitnie źle odżywianych chorych i u dzieci, wystarczały nawet ilości 0,03 — 0,04 grm. i nigdy nie zauważono szkodliwych wpływów ubocznych.

Zestawiając doświadczenia nad perkainą, autor stwierdza, że przetwór ten w formie roztworu 1 pro mille zawsze odpowiadał wszelkim wymaganiom, jakie dotąd stawiane były dla nowokainy. Jedyna wada tego środka polega na pewnej toksyczności. Wada ta jednak zawsze może być bez znaczenia, o ile stosować się do ogólnych prawideł i używać powyżej podane dawki. Zalety perkainy w stosuku do nowokainy, dla których obecnie autor przeszedł na stosowanie jej i wskutek tego każdemu zaleca ją do wypróbowania, są:

1) Możność wyjaławiania w prosty i łatwy sposób.

2) Długotrwałe działanie znieczulające.

3) Wpływ znieczulający na powierzchnie (na śluzówkę, powierzchnie ran, otrzewna).

4) Działanie przeciwgnilne.

———o———

DR. JULIUSZ SZILVASI. *O nowym barwniku do krętków blaych.* Z oddziału dermatologicznego Miejskiego Szpitala Ś-tej Elżbiety, Sopron. (Prymarjusz: Dr. J. Szilvási). Klinische Wochenschrift 3, rocznik Nr. 26.

Dążąc do wyszukania prostego i taniego sposobu oznaczania krętków bladych, udało się mnie przyrządzić barwik z szeregu trójfenylometanów, odpowiadający wszelkim wymaganiom. Kwaśny barwik ten, koloru ciemno-winno-czerwonego, ma właściwości przetrawiania ługów białkowych. O wynikach osiągniętych przy stosowaniu mojej metody barwienia, zdawałem sprawę na XIII Zjeździe Dermatologów w Monachjum (Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1924, 145, 265), na posiedzeniu fachowców uniwersytetów Franciszka Józefa w Szegedynie i Stefana Tiszy w Debreczynie.

Barwienie dokonywa się w sposób następujący:

Świeżo otrzymany materjał, cienko rozciera się na szkiełku drobnowidowem i utrwala przez 2 — 3 minut za pomocą bezwodnego alkoholu. Następnie wypłukuje się przez krótki czas w strumieniu wody w ciągu 4 — 5 minut. Nakoniec zanurza się preparat dla opłukania od nadmiaru barwika w wodzie wodociągowej i suszy na wolnem powietrzu.

W razie potrzeby barwienia starszych preparatów (2 — 3 dniowych) przetrawianie alkoholem staje się zbędnem, a barwienia dokonywać można natychmiast.

Ważną rzeczą jest właściwe przyrządzenie preparatów. Nieczyste szkiełka drobnowidowe lub zbyt grube warstwy materjału, zbyt słabo lub zbyt silnie zabarwione preparaty nie nadają się. Ponieważ grubość

preparatu nigdy nie bywa równomierną, spotyka się często miejsca jaśniej lub ciemniej zabarwione. Badać należy przeważnie jasne miejsca, na których, jak wiadomo, najłatwiej jest wykryć krętki blade.

Przy właściwej technice, spirochaetae pallidae barwią się intensywnie i zupełnie, a spirochaetae refringentes jeszcze silniej, postać jednak tych ostatnich jest tak charakterystyczna, że nie stanowi żadnej trudności wyodrębnić je od krętków kiłowych. W starszych preparatach widać krętki w ostro ograniczonej bladej powłoce. Mojem zdaniem, powłoka ta powstaje wskutek kurczenia się płynnego otoczenia (surowicy), dzięki utrwaleniu płaszczyzn pierwiastków ciałkowatych.

Doświadczenia porównawcze za pomocą metod Giemsa, Fontany, kolargolowej, tuszowej i na ciemnem polu dowiodły, że ze względu na ilość wykrywanych krętków, barwienie Spirsilem znacznie przewyższa wymienione sposoby postępowania i dorównywa conajmniej metodzie rozpoznawczej na ciemnem polu. Wskutek zwiększonej powierzchni, barwionych Spirsilem preparatów, znajdujemy na niej często nawet wtedy krętki, kiedy nam się to nie udaje na ciemnem tle.

Spirochaeta pallida opisana jest przez Schaudinna i Hoffmanna, jako cienka, blado barwiąca się, składająca się z 8 — 10 — 12 równych postaci wężownicowato skręconych nitek. Krętki, barwione sposobem Giemsy, odpowiadają zupełnie temu opisowi; uwidocznione zaś przez tworzenie kłaczków krętki są o wiele grubsze. Negatywy (na tuszu lub kolargolu) nie wykazują charakterystycznej dla krętka bladego delikatności, wskutek czego znacznie utrudnia się odróżnianie krętka kiłowego od spirochaeta refringens.

Preparaty z krętkami często wydają się więcej lub mniej grubemi, co zależy od ich składu i stopnia stężenia barwika. Koncentracja Spirsilu ustalona jest tak, aby obrazy odpowiadały opisowi krętków podług Schaudinna i Hoffmanna.

Mam podstawę spodziewać się, że mój sposób postępowania przyczyni się do rozwiązania nierozstrzygniętej dotąd kwestji rozwoju i rozmnażania krętków.

———o———

SCHLESINGER. *Rokowanie w thromboangiitis obliterans* (Choroba Bürgera). (Klin. Woch. Nr. 45 — 1930).

Dotąd uważano t. o. za cierpienie spotykane tylko u żydów wschodnich. Nawiedza również ludność miejscową Paryża, Wiednia, N. Yorku. Głównego kontyngentu dostarczają jednak żydzi. Na 30 mężczyzn zapada jedna kobieta. Zjawieniu się choroby sprzyja wrodzone osłabienie układu naczyniowego. Czynnik zakaźny jest ciągle wątpliwy, z kiłą nie ma nic wspólnego. Z reguły zajęte są naczynia nóg, czasami rąk.

Bürger dużą rolę przypisuje zmianom w żyłach. W pierwszym okresie choroby przeważają zaburzenia nerwowe. Obraz kliniczny opanowuje chromanie przestankowe.

Leczenie niewłaściwe, spowodowane błędnem rozpoznaniem, przyśpiesza rozwój cierpienia. Źle również wpływają warunki termiczne, wysiłki fizyczne, alkohol, nikotyna.. Wtedy szybko następuje okres drugi — zgorzeli.

Objawy pierwotne niewiele różnią się od obserwowanych w przebiegu starczych zmian naczyniowych. Są one wyrazem niezwykłej pobudliwości nerwów naczynioruchowych z ich odmienną zdolnością odczynową.

Grożącą zgorzel sygnalizuje nietylko ciemnosine zabarwienie palców, stóp i podudzia, ale nadmierne wypełnienie żył stopy i podudzia, utrzymujące się nawet po uniesieniu kończyny. Autor wiąże to ze skurczem dystalnych odcinków żył. Zjawiająca się zgorzel może być częściowa lub zająć cały zagrożony teren.

W szeregu obserwowanych przypadków objawy były groźne, zgorzel zdawała się zniszczyć palce i stopy, bóle były nie do zniesienia. Czasmi sprawa posuwa się tak szybko i zajmuje odcinki tak rozległe, że należy spieszyć z amputacją. Taki przebieg obserwuje się na szczęście o wiele rzadziej. Naogół nogę można utrzymać przez szereg lat i te przypadki nakazują leczenie jaknajbardziej zachowawcze. Niebezpieczeństwo zakażenia przez utrzymanie kończyny nie zwiększa się wcale. Same bóle nie dają jeszcze wskazania do operacji i można je usunąć morfiną i skopolaminą. Niezbędną jest przy tem dokładna obserwacja i opieka, niedopuszczająca do powikłań, jak limphangitis, thrombophlebitis, ropowica.

Dla uniknięcia powikłań i zachowania kończyny, należy zaniechać bezcelowych ruchów, wywołujących lub wzmagających zaburzenia w krążeniu; szkodliwie wpływają tytuń, zimno, gorąco (prócz diatermji), ciasne pończochy, owijacze. Należy stosować środki rozszerzające naczynia: natrium nitrosum 0,02 przez 30 do 40 dni, hypertoniczne roztwory soli kuchennej, nitroglicerynę, pochodne teobrominy, jod w małych dawkach (0,003 w injekcji), salicylaty, chininę, proteinoterapję, zabiegi fizykalne, jak galwanizacja, diatermia. Dobrze działa naświetlanie promieniami Rentgena odcinków naczyń, kąpiele kwasowęglowe, tlenowe, radowe, inhalacje radu. Czasami skuteczne jest obnażenie t. udowej i usunięcie blizn okołonaczyniowych.

———o———

HAHN. *Objawy i leczenie uchyłka dwunastnicy.* (Klin. Woch. Nr. 41 — 1930).

Autor odróżnia następujące rodzaje uchyłków: 1) przepukliny ślu-

zówki, powstające przez wypuklenia do luki w warstwie mięśniowej. Jest to typ najczęstszy i występuje we wszystkich odcinkach 12-cy. W 50% przypadków umiejscawia się dokoła papilla Vateri. W pars superior duodeni zdarzają się bardzo rzadko. W 25% znajduje się więcej niż jeden, przeważnie dwa, rzadziej 3 — 4. Zajmują część pozaotrzewową 12-cy, więc jej ścianę tylną, rzadziej przednią. Pewien odsetek otoczony jest tkanką trzustki. Zjawia się jednakowo często u mężczyzn i u kobiet. Objawy uchyłka występują rzadko przed 20-ym rokiem życia, najczęściej między 50-ym a 60-ym. Rozmiary uchyłka wahają się od ziarna grochu do jaja kurzego. Kształtem przypominają naparstek, palec rękawiczki, grono. Można je spotkać poza 12-cą w innych odcinkach jelita.

2) uchyłki brodawkowe. Jest to ampułkowate rozszerzenie ujścia przewodu do papilla Vateri. Przewody otwierają się tu oddzielnie, stają się patologiczne o ile osiągną pewien rozmiar i zatrzymują treść 12-cy. Powstają dzięki przechodzeniu przez nie kamieni żółciowych i częstym zmianom zapalnym.

3) tworzą się po bliznach wrzodowych, ściągających część ścianki 12-cy, przez co reszta ściany rozdyma się nadmiernie. Odróżniają się tem, że są utworzone z wszystkich warstw 12-cy.

4) przeciągnięcia zrostami 12-cy wywołują skrzywienia, w których zatrzymuje się kontrast. Skrzywienia tę uważane są za uchyłki.

5) kamienie przechodzące do 12-cy mogą przebić ścianę, mogą w niej utkwić, otoczyć się ziarniną.

Objawy kliniczne. Od szeregu lat zjawiają się dolegliwości w okolicy żołądka pod postacią napadów bólowych, długo po jedzeniu. Bóle zjawiają się czasami w tych samych godzinach. Bóle mogą promieniować do pleców. Napady powtarzają się z dużemi przerwami. Nie zależą od jedzenia, nie ustępują po wymiotach. Stolce mogą być normalne, zaparte, mogą być rozwolnienia. Wielu chorych traci łaknienie, niektórzy chudną. Oporów nie wyczuwa się. Czasami stwierdza się punkty bolesne w linji środkowej, ponad pępkiem lub na prawo. Prześwitela się tych chorych w położeniu leżącem, w różnych ułożeniach. Zatrzymana w uchyłku miazga może wywołać stan zapalny dwunastnicy, zgorzel z ropowicą w tkance otaczającej, pacreatitis przez zastój od obrzmiałej papilla Vateri lub na drodze limfatycznej, cholecystitis.

Rozpoznanie jest wskazaniem do operacji.

———o———

EPPINGER. *Leczenie nephritis acuta.* (Klin. Woch. Nr. 44—1930,.

Dla ożywienia narządu, większe znaczenie posiada rozdział krwi w naczyniach włosowatych, niż ilość krwi doprowadzona przez tętnice. Praca komórki, otrzymującej zbyt mało tlenu, jest tem mniej wydatna,

im większą ta komórka ma spełniać funkcję. Np. w mięśniach resynteza zatrzymuje się, kwas mleczny zaś przyczynia się jeszcze do upośledzenia komórki i jej czynności. Niedostateczna kapilaryzacja wynika nietylko ze skąpej siatki naczyń, ale i ze złej dyfuzji tlenu i zmienionej szybkości przepływu krwi. Ostatnie 2 czynniki, początkowo natury funkcjonalnej, mogą następczo spowodować zmiany histologiczne. Najlepiej uwydatniają się powyższe odchylenia podczas pracy i w okresie znużenia mięśnia. Pracę mięśnia i lepszą jego kapilaryzację można sprawdzić za pomocą masażu i diatermji.

Wymienione rozważania można zastosować do innych narządów np., nerek w okresie ich zapalenia: nephritis acuta. Stwierdzono, mianowicie, w okresie najcięższym zapalenia, zmiany czynnościowe w naczyniach. Z doświadczeń Janssena i Reina wiadomo, że w jednostce czasu przez nerki przepływa tyleż krwi, co przez nogi, a zużycie tlenu jest 7 razy większe niż w spoczywającym mięśniu odpowiedniej wagi. Rein wykazał również, że w nerce sublimatowej wytsępuje znaczne zmniejszenie przepływu krwi, izolowane tylko do tego narządu. Zmniejsza się również kapilaryzacja nerki. Eppinger próbował różnych środków, aby poprawić krążenie w tak zmienionej nerce. Jedynie skuteczną okazała się djatermia. Efekt djatermji polegał na poprawie krążenia i unaczynienia. Djatermia nie znosi wprawdzie czynnika toksycznego, ale sprowadza warunki odżywiania tkanki prawie do normy. Z rozważań teoretycznych wynika, że najlepsze wyniki daje djatermia nie w przypadkach przewlekłych, ale w ostrych zapaleniach nerek. W kilku podobnych przypadkach E. uzyskał dobre wyniki, polegające na poprawie diurezy, znikaniu białka, spadku ciśnienia, ustąpieniu obrzęków.

Metoda. Na okolicę nerek elektroda ołowiana o bokach 30 i 12 cm., obojętna na brzuch. 1, 5 do 3 amperów. Ogrzewanie do 2 godzin 2 razy dziennie.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

OSTRE ZAPALENIE PĘCHERZA MOCZOWEGO W PRZEBIEGU GRYPY.

W e y t l a n d t zaobserwował ostatnio 5 przypadków ostrego zapalenia pęcherza moczowego na tle grypy. 4 dotyczyły mężczyzn, a tylko jeden kobiety W żadnym przypadku wywiady nie wskazywały na poprzednio przebyte cierpienia tego narządu. Przebieg kliniczny był typowy: pollakisurja, dysurja, parcia. W dwóch przypadkach wystąpił nawet krwiomocz, a mocz wszystkich chorych zawierał w osadzie krwinki czerwone

i duże ilości leukocytów. Autorowi wydaje się, że dokładne badania w tym kierunku wykazałyby częstsze zajęcie pęcherza w przebiegu grypy. Dalej zauważył u dwóch chorych mikcje bolesne i uciążliwe, natomiast niezbyt częste. 3 razy cystoskopja wykazała obrzęk i rozlane zaczerwienienie śluzówki pęcherza. Po klinicznem wyleczeniu dwaj chorzy zapadli jeszcze na powikłania ze strony dróg moczowych pod postacią zapalenia miedniczek i najądrzy, poprzedzone wysoką gorączką. Pod wpływem leczenia objawy te ustąpiły.

Zapalenie pęcherza moczowego często, zdaniem W., towarzyszy grypie i dlatego podczas jej leczenia należy stosować środki profilaktyczne: środki moczopędne, dezynfekujące, napary. Leczenie właściwe jest takie same, opiera się na antyseptykach moczowych, odpowiednio dobranych. Najbardziej nadają się Santalol B, salol i hexametylen-tetramina. Santalol B znosi szybko bóle, występujące po mikcji i częste parcia na mocz. Santalol działa lepiej w moczu stężonym i dlatego należy jednocześnie ograniczyć ilość płynu. Ażeby jednak poszczególne porcje moczu były obfite i nie zatrzymywały się, sprawiając dolegliwości, stosuje się hexametylen-tetraminę, która podnosi wybitnie diurezę. Urotropina działa bakterjobójczo zarówno miejscowo, jak i ogólnie, jest skuteczna przeciw zapaleniom pęcherza i grypie wogóle. Wartość salolu w leczeniu dróg moczowych znana jest dawno z prac Dreyfusa, Hirtza i Talamona, Basy, Lane i inych.

Wyniki, otrzymywane przy stosowaniu każdego z wymienionych środków z oddzielna, nie są stałe, zmieniają się zależnie od przypadku. Potrzebie połączenia ich czyni zadość preparat EUMICTINE,*zawierający wszystkie trzy związki w ochronie glutenowej, przez co unika się drażnienia żołądka.* Jest to więc preparat wymarzony, zwalczający jednocześnie powikłanie i schorzenie zasadnicze, pozwala opanować zapalenie pęcherza moczowego i grypę. (Nederl. Tijdschr. v. Genoosh, 1930, Nr. 19).

Podał Dr. STEFAN KRAMSZTYK (Warszawa).

W SPRAWIE DWUFAZOWOSCI GRYPY.

W roku ubiegłym N o e g g e r a t h na podstawie spostrzeżeń, dokonanych nad przebiegiem grypy, panującej pandemicznie, wykazał, że grypa posiada pewną typową krzywą ciepłoty. Charakterystyczną cechę, zwłaszcza gdy idzie o grypę wśród dzieci, stanowi tu drugi odcinek choroby, drugi jej okres — jak nazwał go N o e g g e r a t h. Ten właśnie drugi okres choroby -- a dwufazowość taka jest wysoce charakterystyczną cechą grypy — bywa decydującym momentem dla stopnia ciężkości przebiegu.

Aczkolwiek to drugie podniesienie ciepłoty może być różnego typu, nie może być, jak to często się zdarza, ujmowane jako przejaw rekonwalescencji. Przeciwnie, zdaniem Noeggeratha, możemy mieć tu do czynienia z ogromną różnorodnością przejawów; ogniska mogą pojawiać się w rozmaitych odcinkach ustroju. Obserwować można tu i objawy takie, jak *vulvovaginitis cysto pyelitis,* jak różnego nasilenia objawy kiszkowe, jak choroby skóry w postaci np. *impetigo,* ale przedewszystkiem i najczęściej występują tu objawy ze strony dróg oddechowych, nie mówiąc już o takich komplikacjach, jak zapalenie ucha środkowego lub zapalenie gruczołów chłonnych.

Od kilku tygodni jesteśmy znowu u nas świadkami bardzo znacznej pandemji grypy, która aczkolwiek nie wykazuje naogół złośliwości, w ogromnej ilości przypadków, zwłaszcza gdy idzie o dzieci, pozwala stwierdzać wyżej wzmiankowaną „dwufazowość".

Już po spadku podniesienia ciepłoty, które wahać się może w nader znacznych granicach, po upływie 1 — 2 dni spostrzegamy nowe podniesienie, które również przybiera rozmaity charakter, zarówno co do osiąganej wysokości, jak i co do czasu swego trwania. Te ostatnie objawy zależne są oczywiście od rodzaju występującej w drugiej fazie grypy komplikacji. Obecnie, najczęściej może występującą taką komplikacją jest katar nosa, odznaczający się silną uporczywością i natężeniem. Obok niego, a także i równocześnie spotykamy kataralne objawy ze strony gardła. Jeżeli już oddawna akcentowano właśnie suchość znajdującej się w stanie zapalnym śluzówki, jako objaw charakterystyczny dla grypy pandemicznej (Fiłatow), to w drugiej fazie tej choroby stwierdzamy w tychże miejscach objawy kataralne, które w miarę okoliczności przechodzić mogą w ropienie (Heubner).

Opisana powyżej osobliwość przebiegu grypy posiada również duże znaczenie praktyczne. Zapewne, można powiedzieć, że główny stąd wniosek — to stara i znana zasada, że w wielu przypadkach grypy należy mieć na względzie długi okres rekonwalescencji. Wszak już Etienne Pasquier, który opisał epidemję grypy, jaka panowała we Francji w roku 1403, pisał: „Gdy pojawił się apetyt u osób, które chorowały, trwało więcej aniżeli 6 tygodni do czasu zupełnego ich wyzdrowienia".

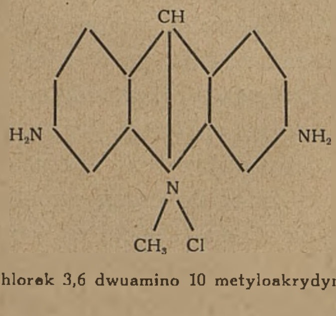
Zdaniem Noeggeratha chodzi tu jednakże nie o rekonwalescencję, lecz o drugi okres choroby, który przeważnie, lecz nie zawsze daje się rozpoznawać przez podniesienie ciepłoty; okres ten jest zupełnie równorzędny do okresu pierwszego grypy, a nawet może go pod względem natężenia przewyższać. Do tego drugiego okresu choroby należy według Noeggeratha odnieść również i dość rzadkie w wieku dziecięcym przypadki przewlekłej grypy, opisanej przez Fiłatowa, Comby'ego, Hutinel-Darré. Należy więc pilnie przestrzegać terminu istotnego powrotu pacjenta do zdrowia.

Wiadomo, że w grypie, w przeciwieństwie do innych chorób zakaźnych, stwierdzona została z wszelką pewnością zmienność zarazka, oraz wahający się skład całkowity jadu grypowego, obejmującego liczne bakterje towarzyszące; to też terapja swoista natrafia tu na szczególne trudności. Tembardziej zasługują na podkreślenie niezmiernie dodatnie wyniki, jakie otrzymujemy w obecnie panującej grypie i nieodłącznie jej towarzyszącym katarze nosa i górnych dróg oddechowych, przez stosowanie miejscowe donosowe przesączu z hodowli buljonowych wszelkich możliwych drobnoustrojów chorobotwórczych z jamy nosogardzielowej otrzymanych. Ten, dotychczas mało stosowany sposób leczenia, zasługuje tu w zupełności na szerokie uwzględnienie, zarówno jako środek leczniczy, jak i zapobiegawczy. *)

TABLETKI DO ODKAŻANIA JAMY USTNEJ I GARDZIELOWEJ.

Doskonałym środkiem do odkażania jamy ustnej i gardzielowej, środkiem o wybitnym działaniu bakterjobójczym, pozbawionym zupełnie działania żrącego, czy toksycznego, są wytwarzane przez Firmę Mag. A. B u k o w s k i sukc. tabletki PANACRIN.

Wybitną własność profilaktyczną Tabletek PANACRIN potwierdza szereg następujących danych doświadczalnych (L. Benda, Browning, Burkard, Kennavay, Schiemann i t. d.):główny składnik Tabletek PANACRIN, chlorek 3,6 dwuamino 10 metyloakrydyny w rozcieńczeniu 1 : 500,000, a nawet 1:1,000,000, hamuje rozwój paciorkowców, gronkowców i laseczników błonicy, a stężenie 1:1000, zabija te ostatnie w ciągu trzydziestu minut.



Chlorek 3,6 dwuamino 10 metyloakrydyny

Własności powyższego składnika Tabletek PANACRIN w stosunku naprzykład do gronkowca złocistego, kilkasetkrotnie przewyższają siłę bakterjobójczą karbolu, białczanu srebrowego, a nawet działanie sublimatu.

*) Buljon przeciwkataralny (antivirus wg. Besredki) wyrabiany przez Firmę d. Mag. Klawe.

Jedna Tabletka PANACRIN'y zawiera 0,003 chlorku 3,6 dwuamino 10 metyloakrydyny, a więc dawkę całkowicie wystarczającą do utworzenia ze śliną, wytwarzającą się przy ssaniu Tabletki, koncentracji hamującej rozwój bakterji w jamie ustnej, a przy rozgryzieniu dwóch Tabletek nawet koncentracji wyraźnie bakterjobójczej.

Stosowanie w ciągu doby 10 — 20 Tabletek PANACRIN (czyli 0,03 — 0,6 chlorku dwuaminometyloakrydyny) nie wywiera żadnego ujemnego wpływu na organizm, gdyż doświadczalne podawanie zwierzętom w ciągu doby jednego grama wymienionego składnika Tabletek (ilość zawarta w ponad 300 tabl.) nie przynosiło szkody ustrojowi.

Tabletki PANACRIN stosuje się do zwalczania wszelkich spraw zakaźnych, mających źródło w jamie ustnej i gardzielowej, związanych z rozwojem streptokoków, stafylo i pneumokoków i lasecznika błonicy, jako środek zapobiegawczy przeciw influenzie, anginie, grypie, błonicy i t. p.

UNJA CHEMICZNA BELGIJSKA, Dział Przetworów Farmaceutycznych „MEURICE" w Brukseli, posiadająca swój Oddział na Polskę w Warszawie, Mokotowska 57 m. 6, nadesłała nam poniższą wiadomość o świeżo zarejestrowanym przez V Departament Służby Zdrowia, preparacie

„Bi-QUINYL".

„BI-QUINYL" stanowi połączenie podwójnego jodku bismutu i chininy z tlenochlorkiem bismutu. Środek ten zawiera 50% czystego bismutu.

Wstrzykiwania „BI-QUINYL'u" są najzupełniej niebolesne i lek ten, znakomicie znoszony przez ustrój, może być stosowany podskórnie bez żadnych zastrzeżeń.

Wobec faktu, że rzeczony środek może być bez obawy wstrzykiwany w tkankę łączną podskórną, wprowadzenie go do lecznictwa stanowi wielki postęp w leczeniu bismutem.

Znaczna zawartość bismutu w „BI-QUINYL'u", w ilości dwa razy większej aniżeli w innych tego rodzaju środkach, pozwalająca na robie-

nie dłuższych przerw przy dokonywaniu zastrzyków, brak jakichkolwiek powikłań przy jego stosowaniu, wreszcie rozmaitość dróg, przy pomocy których może być wprowadzony do ustroju, skłoniły świat lekarski do uznania „BI-QUINYL'u“ za lek wysokowartościowy.

Stosowanie „BI-QUINYL'u“ jest szczególnie wskazane przy leczeniu kiły dziedzicznej ze względu na jego zupełną nieszkodliwość i dobre znoszenie przez ustrój.

